CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

PAR LE PROCÉDÉ DOLÉRIS-RICHELOT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1908

PAR

Henri LEMAIRE

Né à Toulon (Var), le 23 décembre 1880

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. de ROUVILLE, *président.*
VALLOIS, *professeur.*
MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GRYNFELTT, *agrégé.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

H. LEMAIRE.

A MON PARRAIN ET COUSIN

LE DOCTEUR HENRY BICHELONNE

MÉDECIN-MAJOR DE L'ARMÉE

MEIS ET AMICIS

H. LEMAIRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

H. LEMAIRE.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter cette Faculté, notre pensée émue s'envole vers tous ceux qui furent bons pour nous.

Nos remerciements vont vers notre cousin et parrain, le docteur H. Bichelonne, médecin-major de l'armée, qui ne nous marchanda jamais ses conseils et qui nous donna si souvent des marques d'affection véritable et profonde. Notre souvenir s'en va aussi vers l'hôpital civil de Toulon, où nous avons passé trois années en qualité d'interne, où nous avons pu apprécier la bonté que nous ont témoignée tous nos chefs de service, et où nous laissons de bons et vrais camarades. Ces quelques années feront époque dans notre vie et nous y penserons avec plaisir et avec regret à la fois.

Nous manquerions à notre devoir, si nous n'adressions ici un hommage à nos maîtres de l'Ecole de Marseille.

Nous aurons garde enfin d'oublier nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Montpellier, qui ne nous ont jamais refusé leurs conseils et nous ont dirigé dans nos études médicales.

Que M. le professeur de Rouville, qui nous a inspiré le sujet de ce travail, veuille bien accepter nos remercie-

ments pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre inauguration.

Que MM. les professeurs Vallois, Soubeyran et Grynfeltt veuillent eux aussi agréer l'expression de notre reconnaissance, pour avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

PAR LE PROCÉDÉ DOLÉRIS-RICHELOT

INTRODUCTION

Une des plus fréquentes des déviations utérines est, assurément, la rétrodéviation. Elle est accompagnée de phénomènes morbides d'une telle gravité, qu'il est du devoir du gynécologue de s'en préoccuper. Toutes les rétrodéviations ne méritent pas d'être corrigées ; il est des nombreux cas où l'utérus est refoulé, déformé par de très vieilles lésions annexiell[illegible]s avec adhérences pelviennes. Ici, la déviation est bi[illegible]en quelque chose, mais les lésions ovariennes et tub[illegible]aires sont beaucoup ; après leur ablation, l'utérus m[illegible]obilisé reste à sa place et n'a pas besoin d'être fixé. [illegible]ais il y a des rétrodéviations qui ont un sens tout dif-férent, qui constituent une entité morbide, une maladie dans laquelle on voit l'utérus — atteint parfois de métrite — congestionné, gros, scléreux même, tomber en arrière par suite du relâchement de ses liens. Ces rétrodéviations (accompagnées ou non de lésions annexielles), peuvent exister chez des vierges aussi bien que chez des

femmes ayant eu des enfants ; elles amènent des douleurs et des phénomènes morbides qui leur sont propres et qui disparaissent avec le redressement de l'utérus.

Il y a donc des utérus qu'il faut redresser ; ceux-là font l'objet de notre travail. Et il faut les redresser par un procédé qui nous permette du même coup de voir les annexes et d'agir sur elles si besoin en est : c'est justement un des avantages du procédé que nous préconisons : le procédé Doléris-Richelot.

Dans un premier chapitre, nous nous occuperons de l'étiologie et de la pathogénie des rétrodéviations utérines. On nous permettra ensuite de nous occuper de leurs symptômes et du diagnostic ; nous passerons après à la description du procédé, aux indications du traitement opératoire par la méthode de Doléris ; nous montrerons les avantages et les résultats qu'on en retire, nous exposerons enfin nos conclusions après avoir donné 11 observations inédites, qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur de Rouville, et recueillies dans son service de l'Hôpital Suburbain.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE et PATHOGENIE

L'utérus est doué d'une grande instabilité ; sous l'influence des alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie, la matrice subit des déplacements correspondants et alternatifs dans le sens antéro-postérieur. Il occupe une position paradoxale que l'on ne retrouve pas chez les animaux quadrupèdes. On doit se le représenter comme une pyramide posée sur la pointe (Pozzi) ou, avec Le Dentu, comme un mouvement de sonnette fixé par son milieu et dont les deux branches sont attirées en sens inverse par un fil supérieur et un fil inférieur. Le résultat de la contraction des ligaments est toujours le même : maintien ou inclinaison de l'organe en antéversion. S'il y a relâchement des ligaments ronds, l'utérus se laisse aller en arrière ; il en sera de même si le relâchement porte sur les ligaments utéro-sacrés et sur les ligaments larges. Il faut encore faire entrer en ligne de compte le plancher périnéal et le releveur de l'anus qui complètent l'appareil de suspension.

La rétroversion peut être *congénitale*. Martin en rapporte plusieurs exemples. Schultze signale chez des vierges la rétroversion à type infantile par arrêt du développement avec raccourcissement congénital de la paroi an-

térieure du vagin ou longueur exagérée du col sur le vagin. On ne doit pas nier les causes congénitales : deux malades que nous avons observées avaient été réglées tard ; nous lisons dans la thèse de Servettaz : « Deux femmes à utérus rétroversé, que nous avons pu suivre à la Maternité de Montpellier, avaient été réglées très tard ; il y aurait donc de la dégénérescence : l'organe développé tard, ayant des attaches mal nourries, tomberait. »

Certaines femmes ont avec elles une prédisposition ; les névropathes, les arthritiques nerveuses, sont toutes disposées à avoir une rétrodéviation utérine.

Mais, le plus souvent, la rétrodéviation est *acquise* ; elle peut être à l'état aigu ou à l'état chronique.

Aiguë, elle est consécutive à un traumatisme : coup, chute, violent effort.

Chronique, elle est parfois sous la dépendance de la subinvolution utérine ; la régression s'est effectuée, mais la paroi postérieure de l'organe est restée molle, flasque ; la paroi antérieure a conservé une trop grande étendue et cet « excès d'étoffe » de la paroi antérieure, en même temps que la laxité de la paroi postérieure concourent à la production de la rétrodéviation. L'appareil de soutien reste lui-même flasque, relâché.

L'hypertrophie utérine serait [illegible] une cause de rétrodéviation utérine, et nous touchons alors à [illegible] toutes les théories que nous ne ferons que citer et qui voudraient prouver, les unes, que la métrite est la cause des rétrodéviations, les autres, qu'elle en est seulement la conséquence. Pour Delbet, la métrite diminuerait la vitalité des fibres ligamenteuses ; pour Bouilly, elle amènerait sûrement l'hypertrophie de l'organe ; pour Trélat, elle serait la conséquence et non la cause de la rétrodéviation. Nous serons

moins exclusif et nous dirons que les rétrodéviations utérines mobiles sont parfois liées à la métrite, comme parfois au prolapsus ; mais que souvent les ovaires sont prolabés, douloureux, mais ils ne sont pas profondément altérés.

CHAPITRE II

SYMPTOMES et DIAGNOSTIC

Parfois, aucun trouble n'accompagne la rétrodéviation; c'est le cas rare assurément ; le hasard seul amène la malade chez le médecin. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la douleur domine la scène. La malade accuse des douleurs pelviennes, localisées profondément, qui s'irradient en arrière vers la région lombaire et plus bas vers le sacrum et le coccyx. La douleur lombaire est particulièrement accentuée dans le cas de prolapsus concomitant. Peu prononcées ou complètement nulles dans le décubitus dorsal, les sensations pénibles ne se manifestent souvent que dans la station debout ; elles s'exagèrent par la marche et par les cahots de la voiture. Certaines malades souffrent, cependant, même dans leur lit. Le symptôme douleur présente parfois une acuité telle que la marche devient impossible. Les malades avancent à petits pas, le corps plié en deux et le décubitus dorsal n'amène pas la cessation de ces douleurs. Il ne faut pas chercher la cause de ces douleurs dans la paramétrite ; pas plus dans la compression du plexus sacré ; peut-être faut-il, en partie, l'imputer au tiraillement des annexes résultant de la déviation utérine, et de fait, les annexes sont souvent prolabées;

mais c'est surtout dans l'état général qu'il faut chercher l'explication de ces douleurs intenses.

Les femmes atteintes de rétrodéviation sont très souvent des névropathes, des neurasthéniques, parfois même de véritables hystériques. Souvent, le trouble dystrophique est généralisé et l'on constate chez elles une ptose de tous les viscères abdominaux et pelviens. Il faut se défier cependant : parfois ces troubles sont secondaires à la rétrodéviation de l'utérus.

La défécation est difficile, douloureuse : de la cystalgie plutôt que de la cystite, de la cuisson à la miction, de la pollakiurie. La menstruation est irrégulière ; dans l'intervalle des règles, de la leucorrhée, des ménorragies, des métrorragies et, dernier point sur lequel nous insistons : la stérilité.

C'est par les signes physiques que nous arriverons le plus facilement et le plus sûrement au diagnostic. Le toucher vaginal nous montrera que le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur qui le remplit et l'efface plus ou moins. Cette tumeur est arrondie, dure, douloureuse et se continue directement sur la face postérieure de la symphyse pubienne. MM. Le Dentu et Pichevin ont attiré l'attention des gynécologistes sur l'existence de la « crête médiane » de la face postérieure de l'utérus facilement appréciable à travers la paroi vaginale. La constatation de cette saillie permet de reconnaître que la tumeur du cul-de-sac postérieur est bien constituée par le corps de l'utérus.

Dans la rétroflexion, le fond de la matrice fait dans le cul-de-sac de Douglas une saillie encore plus marquée que dans la rétroversion. Le col a conservé sa situation normale à distance du pubis. Entre la face postérieure du col et le fond de l'utérus, on sent un sillon plus ou moins mar-

qué, plus ou moins étroit, suivant que l'inflexion du corps sur le col est plus ou moins prononcée.

La palpation abdominale, combinée au toucher vaginal, permet de constater que le fond utérin n'est pas, comme à l'état normal, appliqué contre la face postérieure du pubis. La main abdominale ne sent nulle part le fond utérin, même en déprimant fortement les parties molles.

On peut rechercher sa mobilité. Quand, sous l'action de pressions légères exercées par le doigt, le col se déplace facilement dans le sens latéral et dans le sens vertical, de bas en haut, on a la notion que l'utérus est mobile. On cherche alors à imprimer des mouvements de bas en haut et d'arrière en avant, au fond utérin tombé dans le cul-de-sac postérieur, ou bien des mouvements inverses à la face antérieure du col ; mais cette dernière exploration n'est possible que s'il y a un certain degré d'antéflexion, sinon le col est contre le pubis et le doigt ne peut guère aborder la lèvre antérieure.

L'hystéromètre accommodé à l'inflexion de l'utérus pourrait nous donner une notion exacte de sa direction.

Le toucher vaginal nous permettra encore de voir s'il n'y a pas de prolapsus génital. Dans le cul-de-sac de Douglas, dans ses parties latérales, de chaque côté de l'utérus, on peut percevoir l'ovaire ; dans le cas de prolapsus, il est plus aisé de le sentir. Il nous donne l'impression d'une petite amande, lisse, régulière, arrondie au toucher ; il glisse sous le doigt.

Au spéculum, nous pouvons déceler une rectocèle, une cystocèle ; la paroi recto-vaginale nous apparaît amincie, flasque, sans résistance.

Le col est gros, rouge, violacé ; sa surface est ulcérée ; la muqueuse endo-cervicale peut faire hernie (ectropion), et se montrer à notre vue rouge et suintante.

Parfois, petits kystes, translucides, sous forme de points blanchâtres. La cavité utérine est agrandie, indice de l'hypertrophie de l'organe.

Le *diagnostic* est à faire avec une hématocèle rétro-utérine. Mais nous savons les caractères de cette dernière affection : immobilité absolue de la tumeur dans le cul-de-sac postérieur ; les antécédents directs, l'interrogatoire, la gravité des accidents nous feront éviter l'erreur. Un utérus gravide rétrofléchi ne serait pas sans les signes ordinaires de la grossesse.

Avec un fibrome de la face postérieure de l'utérus, nous aurions d'abondantes métrorragies.

Pour connaître l'état des annexes, nous nous baserons sur la fixité de l'utérus et sur les renseignements que nous donneront au toucher les culs-de-sac latéraux.

CHAPITRE III

TRAITEMENT OPERATOIRE

Description du procédé — Ses indications

Nous ne passerons pas en revue les différents traitements employés jusqu'à ce jour dans les rétrodéviations utérines. Ils sont variés et nombreux ; depuis les gimblettes, bilboquets, huit de chiffres, le massage, les pessaires, la columnisation, jusqu'aux opérations plastiques : colporraphie, périnéorraphie, colpopérinéorraphie. Nous ne voulons ni les critiquer ni les rejeter sans recours, car ils ont pu rendre des services dans certains cas — pour ne parler que du massage, des pessaires et de la columnisation — où ils ont dû servir plutôt de palliatif chez des malades qui ne peuvent être opérées ou qui ne veulent pas se laisser opérer.

La période préantiseptique est aussi une justification de leur emploi.

Nous citerons le nom d'Alquié, professeur à Montpellier, qui tente le premier une intervention sanglante dans un cas de rétrodéviation utérine et qui en communiqua les avantages le 17 novembre 1840, à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1840, tome VII), dans un mémoire intitulé : « Nouvelle méthode pour traiter les déplacements de la matrice ». Nous arriverons tout de

suite au procédé que nous préconisons volontiers, parce qu'il est d'exécution facile, parce qu'il a des avantages, parce qu'il n'est pas aveugle — il permet même de compléter le dignostic et d'agir sur les annexes directement, si besoin en est — parce qu'enfin il a toujours donné des résultats certains chaque fois que notre maître, M. le professeur de Rouville, l'a employé dans son service, à l'Hôpital Suburbain St-Eloi : le procédé Doléris-Richelot, le raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale.

Le ligament rond subit l'évolution gravidique parallèlement à l'utérus, mais inégalement dans toutes ses parties. C'est la portion viscérale, c'est-à-dire celle qui contient surtout des fibres lisses et des fibres élastiques qui, pendant la grossesse, s'hypertrophie et s'allonge momentanément, pour revenir après l'accouchement à ses dimensions primitives. Il fallait donc supprimer la portion pariétale du ligament rond et créer une nouvelle insertion antérieure solide ; c'est ce qu'on réalise par le procédé Doléris-Richelot.

Dans un *premier temps*, on ouvre l'abdomen ; incision — sur la ligne médiane — de 8 à 10 centimètres ; cette incision, de la partie moyenne du pubis, se dirige verticalement en haut vers l'ombilic, et comprend la peau, le tissu cellulaire, la ligne blanche et le péritoine.

Deuxième temps : Reconnaissance et libération de l'utérus. — Pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie, qu'un autre relève soigneusement la masse intestinale qui se récline d'elle-même si on place la malade dans la position de Trendelenburg, le chirurgien introduit la main dans le cul-de-sac de Douglas ; on détruit les adhérences s'il y en a ; on ramène la matrice en antéversion normale

et on traite ensuite les annexes, si elles ont quelque chose, et c'est là justement un des avantages de la laparotomie.

Troisième temps : Reconnaissance et saisie des ligaments ronds. — Les ligaments ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou 5 centimètres de l'utérus — auparavant, leurs fibres sont éparpillées — tandis qu'à ce niveau ils sont constitués par un cordon unique, blanchâtre, nettement saillant sous la séreuse péritonéale et aisément appréciable. C'est en ce point que le chirurgien doit les saisir afin de les attirer au dehors. On pratique alors au moyen du bistouri de chaque côté de la ligne médiane et au niveau de la bandelette fibreuse laissée intentionnellement, un petit orifice traversant le péritoine, les muscles et leur aponévrose. Cet orifice est juste suffisant pour permettre de chaque côté le passage du ligament rond correspondant, soulevé par un fil de soie ou de catgut.

Quatrième temps : Fixation des ligaments dans la plaie. Fermeture de l'abdomen. — On accole solidement l'un à l'autre, au moyen de deux ou trois catguts, les anses ligamenteuses passées à travers les orifices fibreux. On suture ensuite les plans péritonéaux et musculo-aponévrotiques séparément et on termine par la suture cutanée. A ce moment, on peut reprendre encore avec deux crins les anses ligamenteuses qui se trouvent ainsi incluses dans le derme. Grâce à ce quatrième temps, les ligaments ronds sont solidement fixés :

1° Par leur accolement intime l'un à l'autre au devant d'un pont fibreux, très résistant, avec lequel ils constituent une solide attache.

2° Par leur inclusion dans le derme.

Quelles sont les indications du traitement que nous préconisons ? Nous devons voir d'abord un étroit rap-

port entre la déviation utérine et le tempérament neuro-arthritique ; chez les névropathes, nous trouvons un utérus gros, globuleux ; le col est augmenté de volume, mais sans déchirure, sans ulcération ; la malade souffre horriblement, et tant que la déviation n'est pas corrigée, le corps et le col de l'organe ont des tendances à augmenter davantage de volume.

Il est aussi du devoir du gynécologue d'opérer ces jeunes filles ou ces jeunes femmes qui traînent leurs jours misérables du fait de leur rétrodéviation utérine ; car nous avons dit que l'attitude vicieuse de la matrice pouvait exister en dehors de toute grossesse, avant toute gestation, avant la distension ligamentaire.

La rétrodéviation peut être libre ou adhérente. La déviation libre peut être mobile ou mobilisée ; la première est dans une position indifférente ; l'autre succède toujours à l'état de grossesse ; si on la réduisait manuellement, elle se reproduirait rapidement et serait accompagnée de phénomènes nerveux réflexes : neurasthénie, fatigue extrême pendant la marche, signes d'entéroptose, douleurs lombo-abdominales, troubles gastriques divers. M. Pozzi ajoute que même l'utérus qu'on aurait redressé manuellement resterait-il en position de correction pendant un certain temps, la femme avouera n'avoir senti aucune amélioration ; au contraire, dit-il, soutenez l'organe, on obtiendra toujours un certain soulagement. C'est là une preuve formelle, nous semble-t-il, qu'il faille redresser l'utérus en agissant sur son appareil de soutien. L'indication, pour faire disparaître les troubles, sera de fixer l'utérus en position normale.

Cette fixation, avant la ménopause, doit être faite de façon à ne pas gêner les grossesses ultérieures, et cette condition à remplir nous fait de beaucoup préférer le procédé

Doléris-Richelot aux autres. Nous nous rangeons, en outre, sans hésiter, du côté de la laparotomie pour les considérations suivantes : à côté de la mobilité excessive de l'utérus, il y a comme deuxième facteur important de la rétroversion : l'annexite. Si les annexes sont malades, on ne les enlèvera pas, on leur appliquera un traitement conservateur. La laparotomie nous permettra donc d'achever notre diagnostic bien souvent et d'agir sur des organes auxquels nous nous serions bien gardés de toucher, puisqu'ils n'étaient peut-être pas assez douloureux pour conduire leur propriétaire chez le médecin ; et pourquoi, dirons-nous avec M. Pozzi, « traiterait-on les ovaires, parce qu'ils sont cachés, avec moins de déférence que les testicules apparents ? »

Des indications sembleraient impliquer des contre-indications. En existe-t-il ?

Si la rétroversion est accompagnée de prolapsus utérin, nous ferons en même temps une restauration plastique : réfection du périnée. Si, chez une malade atteinte de rétroversion, une appendicite, par exemple, se déclare, nous ferons la laparotomie médiane et nous ferons l'appendicectomie et nous fixerons ensuite l'utérus.

Un fibrome réclamerait-il la laparotomie, nous profiterons de la brèche faite pour fixer la matrice. Evidemment, nous nous garderons — et cela est de la technique classique et générale — d'opérer en cas d'infection aiguë ou généralisée.

Les contre-indications semblent donc être restreintes. Elles ne viennent en général que des malades elles-mêmes, nous voulons citer celles qui préfèrent les troubles qui accompagnent toute rétrodéviation à l'ennui d'une thérapeutique astreignante, à plus forte raison aux risques d'une opération chirurgicale.

Nous pourrons encore nous abstenir, si dans le cours d'une exploration nous découvrons une rétroversion ignorée.

Enfin, nous devons ajouter qu'un état de grossesse n'est pas une contre-indication à l'opération de Doléris-Richelot. Comme on peut le voir dans notre observation II, la réduction sanglante par la ligamentopexie, après laparotomie, fut opérée ; l'utérus était gravide de trois mois.

CHAPITRE IV

AVANTAGES ET RÉSULTATS DE L'INCLUSION PARIÉTALE

Ils sont anatomiques, fonctionnels et de gestation.

Anatomiques, parce que la fixation par le procédé Doléris-Richelot est définitive. La statistique de M. Richelot nous donne 45 résultats complets sur 45 interventions.

M. Doléris a obtenu 84 résultats définitifs sur 84 opérations. Notre maître, M. le professeur de Rouville, n'a eu aucune récidive ainsi que l'attestent les observations que nous donnons. Plusieurs de nos malades ont été revues plusieurs mois après ; l'utérus était solidement fixé et n'avait aucune tendance à revenir en rétrodéviation.

Fonctionnels : l'utérus est placé en position normale ; il conserve cependant sa mobilité et sa dilatabilité.

Nos malades n'ont plus accusé aucune douleur. La marche leur était facile, toutes les stations possibles. Certaines ont pu même reprendre leur ancien travail, qu'elles avaient dû abandonner. Plus de troubles de la miction, plus de pollakiurie. Le coït leur est devenu praticable. Toutes ont repris des forces, des couleurs et leur bonne humeur.

Enfin, nous avons un dernier résultat et nous insisterons particulièrement sur celui-là.

Gestation. — La rétrodéviation est une cause de stérilité. Après l'opération, l'organe gestateur se trouve exactement dans la même situation au point de vue de la fécondation qu'un utérus qui est toujours resté dans sa situation normale. De plus, conservant toute sa mobilité, il ne saurait être fâcheusement influencé, ni dans son développement gravidique, ni dans les différents temps de l'accouchement. D'un autre côté, la grossesse n'a aucun effet sur les adhérences nouvelles, qui restent intactes après l'accouchement, ainsi que M. Doléris a pu le constater sur une opérée qu'il dut laparotomiser de nouveau pour un hémato-salpinx. Ce qui précède est pleinement justifié par des observations qu'a publiées M. Doléris, et par notre observation n° IV. Mme L. V. est devenue enceinte dix mois après l'opération ; elle a mené sa grossesse à terme sans accidents, ainsi que nous avons pu le savoir par les renseignements que M. le professeur Vallois a bien voulu nous fournir, notre malade étant allée s'accoucher à la Maternité. Chez toutes les malades de M. Doléris, comme chez la nôtre, l'ascension utérine s'est faite normalement et conformément aux notions classiques. Après l'accouchement, l'involution est régulière et rapide. On prétend cependant que l'utérus reste un peu élevé. Chez notre jeune malade, la régression a été complète au bout de 14 jours.

Enfin, on peut constater dans tous les cas qu'il n'y a pas retour à la rétrodéviation primitive.

L'ascension utérine est régulière.

La durée de la grossesse est sensiblement la même.

Dans l'hystéropexie directe, on constate, au contraire, souvent des avortements. Demelin prétend qu'il y a 20 avortements sur 100 grossesses, Küstner, 15 pour 100.

Si nous prenons les statistiques après le Doléris-Riche-

lot, nous trouvons une moyenne de 100 accouchements à terme sur 100 grossesses : M. Doléris, 9 sur 9 ; nous, un sur un. Pas d'accidents au cours de la grossesse.

Après l'hystéropexie directe, Demelin a constaté chez ses malades des phénomènes douloureux à partir du 3e mois, et cela dans des proportions assez fortes, 27 pour 127. Villeneuve a constaté des hémorragies.

Les présentations sont toujours bonnes. Doléris a fait une statistique : sur 10 accouchements, il avait constaté 8 sommets et 2 sièges ; dans l'un de ces cas, on put facilement transformer le siège en sommet par manœuvres externes. Dans le cas qui nous intéresse, nous avions un sommet. Enfin, l'engagement s'est effectué habituellement cinq jours avant terme chez les multipares, 15 jours au moins avant terme chez les primigestes. Une seule fois, l'engagement a été tardif.

Chez la malade de notre observation IV l'engagement s'est effectué dans les conditions normales.

Chez elle, l'accouchement a été spontané, comme il l'avait été d'ailleurs dans tous les cas de Doléris. La durée du travail a été de six heures, ce qui est la durée moyenne du travail.

Après la délivrance, l'utérus doit diminuer de un centimètre par jour.

M. Doléris l'a trouvé 5 fois disparu complètement derrière la symphyse le quinzième jour — ce qui est normal — trois fois un peu au-dessus. Il avait constaté que l'involution s'était ralentie vers le dixième jour.

La régression a donc été un peu plus lente dans ces cas, mais elle a toujours été complète, ainsi qu'on a pu le vérifier chez ces malades, revues deux ou trois mois après leur accouchement.

Dans le cas que nous considérons, l'involution s'est faite

d'une façon normale, l'utérus diminuant de un centimètre par jour, et le quatorzième jour il avait disparu derrière la symphyse.

Chez notre malade, les suites de couches ont été normales.

L'hystéropexie Richelot-Doléris favorise donc la gestation, ne gêne en rien la grossesse et permet un accouchement rapide et heureux.

OBSERVATIONS

Observation première

Mme E..., 28 ans. Entrée pour douleurs lombo-pelviennes.

Réglée à 17 ans, très abondamment (5 à 8 jours), avec caillots ; violentes douleurs le premier jour ; pas de pertes blanches.

Mariée à 23 ans ; enceinte un mois après : accouchement très rapide, normal dans ses suites ; se lève le dixième jour. Les règles reviennent un mois après les couches, plus douloureuses qu'avant.

A l'âge de 25 ans (1904), la malade présente pendant 20 jours des pertes blanches très abondantes, qui sont remplacées par une métrorragie de 20 jours. La malade subit à ce moment, et dans l'intervalle de trois semaines, trois curettages ; les douleurs disparaissent, mais les règles restent abondantes et longues (8 jours). Un mois avant l'entrée de la malade dans le service du professeur de Rouville, les douleurs ont reparu très violentes ; les métrorragies persistent ; la malade est obligée de garder le lit.

Examen. — Utérus gros, très mobile, lourd, en rétroversion accentuée, facilement réductible ; hystérométrie ; 8 cm. ; les annexes ne peuvent être senties.

Traitement. — Du 12 au 22 juin, pansements utérins après dilatation aux laminaires et aux bougies d'Hégar. Aucun résultat.

Le 24 juin, laparotomie : utérus gros, mais de consistance normale, en rétroflexion très accentuée. Les annexes droites sont tout à fait saines, mais l'ovaire gauche est gros, sclérokystique ; la trompe du même côté est très rouge, congestionnée, moniliforme. Ablation entre deux pinces des annexes gauches ; reconstitution du péritoine. Puis hystéropexie antérieure par les ligaments ronds (procédé Doléris-Richelot). Suture de la paroi à trois plans, sans drainage.

Aucun incident. Sort le 17 juillet en état de guérison parfaite.

Observation II

Mme E.., 37 ans. Eventration, rétroversion.

Entre à la clinique du professeur de Rouville le 3 août 1907.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pleurésie à 16 ans. Réglée à 17 ans. De 17 à 18 ans, suspension des règles pendant un an. A partir de 18 ans, règles régulières, cependant un peu retardées (4 à 5 jours). Pas de dysménorrhée.

4 accouchements : le premier à 21 ans, après le 3e sciatique gauche ; le dernier à 31 ans. Pendant la 4e grossesse, douleurs abdominales vives, nausées, vomissements. Le diagnostic reste hésitant entre fibrome postérieur ou grossesse extra-utérine.

Laparotomie : utérus gravide de 3 mois en rétroflexion. Réduction et ablation de l'ovaire gauche, sclérokystique,

comprimé entre le sacrum et l'utérus. Accouchement normal 5 mois après.

Début de la maladie actuelle. — Depuis un an, la malade s'est aperçue que son ventre augmentait de volume dans la position verticale pour redevenir normal dans la position horizontale. Douleurs généralisées à tout l'abdomen, plus vives au niveau de l'ombilic. Constipation, règles diminuées en quantité. La femme est examinée le 5 août 1907. Adiposité. Sur la ligne médiane de la partie sous-ombilicale de l'abdomen, existe la cicatrice de l'ancienne laparotomie ; à droite, une tumeur, du volume d'une grosse orange, qui se réduit quand la malade se couche, et l'on sent alors au niveau de l'ancienne cicatrice un orifice de deux doigts environ. Eventration.

Le toucher révèle une vulve et un vagin normaux ; le col est largement déchiré, transversalement, et regarde en avant. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent la tumeur formée par le corps de l'utérus en rétroflexion. L'utérus est du reste très mobile. Rien du côté des annexes. L'hystéromètre est arrêté à deux centimètres du museau de tanche, et pénètre plus profondément quand on le relève fortement, sans cependant arriver au fond de la cavité utérine. Rétroflexion mobile.

Opération le 7 août 1907. — Incision à droite de la ligne médiane, allant du pubis au-dessus de l'éventration. Le sac mince et adhérent à la peau est ouvert, repéré avec deux pinces et disséqué. Ouverture de la gaine des droits, à droite d'abord, puis à gauche, et repérage minutieux des plans aponévrotiques et musculaires. Extirpation du sac de l'éventration. L'utérus, basculé entièrement dans le Douglas, mais non adhérent, est facilement réduit à l'aide d'une pince agrippant le fond. L'ovaire droit sclérokystique est laissé. Hystéropexie par le procédé Doléris-Ri-

chelot, complétée, vu la très grande laxité des ligaments ronds, par deux points de pexie utérins. Reconstitution exacte de la paroi.

Premier pansement le 13 août. On enlève quelques fils.

Deuxième pansement le 16 août : abcès profond de la paroi à la partie supérieure de la cicatrice, ouvert au niveau des trois points supérieurs.

Le 22 août, un nouvel abcès s'ouvre à la partie inférieure de l'incision et livre passage à une quantité considérable de pus ; sa cavité, très profonde, ne communique pas avec celle de l'abcès supérieur, et s'enfonce très probablement jusqu'à la ligne de fixation utérine à la paroi.

Le 28 août, la suppuration a beaucoup diminué, l'utérus est parfaitement resté fixé.

Le 12 septembre, la suppuration a cessé ; la malade se lève.

Le 19 septembre, la malade sort en parfait état, munie d'une ceinture de flanelle et d'une ceinture hypogastrique.

Observation III

M. L., 34 ans. Rétroversion et double ovarite sclérokystique. Entre à la clinique du professeur de Rouville le 22 janvier 1907. Réglée à 9 ans et demi, toujours normalement jusqu'à son mariage. Se plaint de douleurs discontinues dans le bas ventre, apparues, il y a 13 ans, lors du premier accouchement, qui a été normal. Cependant, à la suite de cet accouchement, il y a eu rétention d'urine, douleurs abdominales et impotence pendant un an. Pendant 9 ans, douleurs et pertes blanches glaireuses. Entrée, il y a un an, dans le service du professeur Tédenat, elle y

reste 2 mois et 12 jours, pendant lesquels on lui fait 5 ou 6 pansements ; au troisième pansement, hémorragie qui dure 15 jours. Sort de l'hôpital, l'amélioration persiste pendant 2 mois et demi ; puis les pertes et les douleurs reviennent, les douleurs apparaissent après les règles qui durent 3 à 4 jours, siègent dans tout le bas-ventre et s'irradient dans les reins. Pas d'arrêt de règles, pas de fausses couches. Anorexie, pas de constipation ; tousse tout l'hiver ; pas d'hémoptysie ; dyspnée d'effort. Père et mère, sœurs bien portants.

Examen. — Palpation à gauche, douloureuse. Vagin normal, col fendu transversalement ; lèvre antérieure dure. Utérus gros, fond à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Antéflexion mobile ?

Le corps de l'utérus est perceptible dans le cul-de-sac antérieur ; les annexes droites sont senties dans le cul-de-sac postérieur, et l'ovaire roule sur le doigt.

Pas de douleur à la défécation, car la constipation n'existe pas.

Dans le cul-de-sac latéral gauche : annexite gauche.

Dans le cul-de-sac latéral droit on ne sent rien.

Opération le 16 février 1907. — Les trompes sont absolument saines et mobiles ; l'ovaire gauche un peu augmenté de volume et sclérotique : ignipuncture ; l'ovaire droit, doublé de volume, est également sclérokystique et renferme un gros kyste hématique : il est extirpé.

L'utérus est augmenté de volume et en rétroversion mobile. L'hystéropexie abdominale par le procédé Doléris-Richelot est pratiquée ; la paroi refermée par trois plans de sutures, sans drainage.

Suites opératoires parfaites.

Observation IV

L. V., 25 ans. Entre à l'hôpital le 19 novembre 1906, pour douleurs siégeant dans la région coccygienne.

Réglée à 11 ans, régulièrement, durée 3 à 4 jours, pas de caillots, pas de douleurs. Mariée à 19 ans.

Premier accouchement à 20 ans, normal ; la malade garde 3 jours le lit. Suspension des règles pendant 7 mois.

Deuxième accouchement, il y a deux ans, par une sage-femme. On pratique cet accouchement dans la station debout. Il se produit une forte hémorragie. La malade perd en rouge encore pendant quelques jours, et garde le lit pendant 10 jours.

Deux mois après, la malade ressent des douleurs à la base de la colonne vertébrale, elle se présente à la visite et on constate une déchirure du périnée s'étendant de la fourchette à l'anus. La déchirure est profonde.

Le 23 novembre, on lui refait son périnée (suture du releveur).

Le 24 décembre, la malade sort guérie.

En mars 1907, elle revient porteur d'une rétroversion très accentuée. L'hystéropexie abdominale par inclusion pariétale des ligaments ronds (procédé Doléris-Richelot) est pratiquée.

Excellent résultat.

Elle revient le 14 novembre, enceinte de 3 mois. Elle est examinée, la grossesse marche bien et la femme arrivera sûrement à terme. Existence d'une hernie inguinale à gauche.

Nous avons pu avoir des renseignements précis à la Maternité, concernant son accouchement.

Elle a accouché à terme d'un enfant vivant, gros, bien constitué. L'enfant pesait 4 kilogs. L'engagement s'est effectué normalement ; l'enfant s'est présenté au sommet. Le travail commencé à 11 heures du soir, l'accouchement s'est fait à 5 heures du lendemain matin, normalement aussi. Pas d'hémorragie ; rien de particulier à signaler.

Les suites de couches ont été excellentes.

La régression de l'utérus était complète 14 jours après l'accouchement.

Observation V

J. J., 35 ans, mariée. Prolapsus utérin.

Antécédents. — Premier accouchement il y a 11 ans : on a dû appliquer le forceps ; reste seulement 8 jours au lit, puis reprend son travail.

L'accouchement 3 ans plus tard, normal, se lève au quatrième jour ; depuis, bien réglée. Hémorragie il y a 2 ans.

Deux ou trois mois après le premier accouchement, survient un prolapsus incomplet : port d'un pessaire. Le prolapsus augmente après le deuxième accouchement et actuellement il est total, sans produire cependant de troubles de voisinage.

A l'examen, on constate une paroi abdominale en bon état, mais la ligne blanche est élargie, et la paroi est faible au niveau des régions inguinales. On sent nettement le rein droit ; pas le rein gauche.

Opération le 15 mars. Hystéropexie à la Doléris-Richelot.

Le 25, on enlève les fils. Cicatrisation par première intention.

Le 17 avril, on fait la périnéorraphie (procédé Doléris) ;

très légère suppuration ; la malade se lève le 16 juin, parfaitement guérie. L'utérus est bien en place.

Observation VI

T. J., entrée le 13 novembre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes blanches.

La malade ne se rappelle pas à quel âge elle a été réglée, et l'interrogatoire est difficile, la malade comprenant peu le français. Cependant il en ressort qu'elle aurait été réglée peu avant son mariage et très irrégulièrement. Mariée à 15 ans, règles irrégulières d'une durée de 5 à 6 jours, assez abondantes. Un peu de dysménorrhée ovarienne qui permet cependant à la malade de vaquer comme à l'ordinaire à ses occupations. Pas de caillots, pas de pertes blanches.

4 ans après, grossesse et accouchement normaux ; la malade reste 8 jours au lit après la délivrance. Les règles apparaissent à l'époque voulue, régulières et sans caillots ni pertes.

4 ans après, nouvel accouchement succédant à une grossesse normale. Tout se passe bien et la malade se lève très rapidement, 4 jours après.

Puis, de 2 ans en 2 ans, 3 grossesses normales suivies d'accouchements normaux. La malade se néglige pourtant comme soins après chacune de ses délivrances, puisqu'elle dit n'être demeurée au repos que 2 ou 3 jours chaque fois. Dans l'intervalle de ces 3 dernières grossesses, la malade souffrait parfois du bas-ventre, surtout quelques jours avant ses règles et constatait assez fréquemment, après la menstruation, des pertes blanches peu abondantes.

Il y a 2 ans, c'est-à-dire après son dernier accouchement, ces douleurs, bien que s'exagérant toujours quelques jours avant et pendant la menstruation, devinrent presque continuelles et se localisèrent plus spécialement dans l'hypocondre gauche, ce qui obligea la malade à interrompre ses occupations et à entrer à l'hôpital.

Examen. — Rien de particulier à l'inspection. La palpation n'est douloureuse que dans la région des annexes gauches et encore cette douleur ne se traduit-elle à cet endroit que par un mouvement de défense.

Au toucher, le col de l'utérus, franchement situé en avant, est gros, dur, et présente de petites aspérités sur les deux lèvres qui sont épaissies. Il existe une déchirure à gauche. Les culs-de-sac antérieur et latéral droit sont libres, le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur qui est l'utérus en rétroversion accentuée. La main qui repose sur l'abdomen n'arrive pas à en délimiter nettement le fond, mais il paraît gros. Douleur à la pression dans le cul-de-sac latéral gauche. On sent nettement l'ovaire augmenté de volume et douloureux. La trompe ne roule pas sous le doigt, et ne paraît pas présenter de lésions. A peine la sent-on sous le doigt. Le cathétérisme utérin est très difficile, presque impossible, avec l'hystéromètre. Pratiqué avec une petite bougie d'Hegar, il donne 8 cm. 1/2.

Opération (le 19 novembre 1907). — Les intestins ne retombent pas dans la concavité du diaphragme malgré l'anesthésie parfaite et la position en Trendelenburg. L'utérus est absent de la cavité pelvienne ; il est trouvé dans le Douglas, entièrement basculé. La réduction est aisée. Les annexes gauches sont malades ; l'ovaire doublé de volume et la trompe sont enlevés. La trompe droite est saine et l'ovaire de ce côté renferme un gros

kyste hématique qui est réséqué. Fermeture de l'ovaire par surjet au catgut ; puis hystéropexie abdominale par le procédé Doléris-Richelot, au moyen de deux fils de catgut. Fermeture de l'abdomen sans drainage, et après cautérisation au thermo des deux points de l'utérus saisis par la pince, qui saignent.

Elle sort parfaitement guérie quelques jours après.

Observation VII

M. G. entre à l'hôpital le 19 décembre 1907.

Aucun passé pathologique. Parfait état de santé antérieur.

Depuis quelques mois ressent de violentes douleurs gastriques. D'autres douleurs localisées dans les hanches.

Le cahot d'une voiture la fait souffrir horriblement. Elle ne se trouve à peu près bien que dans le décubitus dorsal. Pas de perte en rouge. Un léger écoulement leucorrhéique. Constipation opiniâtre.

A l'examen. — Rien de particulier à l'inspection. A la palpation, on produit une légère douleur à droite dans la région des annexes.

Au toucher, le col de l'utérus, situé en avant, est gros, dur. Les culs-de-sac antérieur et gauche sont libres ; le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur qui est l'utérus en rétroversion.

Opération (le 29 décembre 1907). — Laparotomie ; la malade étant en Trendelenburg et un matelas de compresses isolant l'intestin, on ne voit pas l'utérus, qui est dans la concavité sacrée. Facilement attiré en avant, et pris dans les mors d'une pince à utérus, les annexes sont examinées. A droite, la trompe est saine, mais l'ovaire est

doublé de volume, sclérokystique et présente un kyste folliculaire saillant, de la grosseur d'un petit pois ; çà et là, d'autres petits kystes ; il est enlevé. A gauche, les annexes sont saines ; il existe deux petits kystes transparents entre la trompe et l'ovaire ; cautérisation au thermo de ces kystes et du pédicule de l'ovaire droit. Fixation de l'utérus par 3 points au catgut, selon le procédé Doléris-Richelot, et fermeture du ventre sans drainage.

Suites opératoires parfaites, aucun incident. La réunion existe lors de l'ablation des fils au dixième jour.

Observation VIII

C. E., 26 ans. Entrée pour prolapsus utérin.

Antécédents personnels. — Bonne santé, constipation. Deux enfants, un il y a 3 ans, le second il y a 20 mois. Réglée à 14 ans. Aucun trouble. Au commencement de la première grossesse (2e mois), la malade a vu son utérus apparaître à la vulve. La tumeur, du volume d'un œuf, restait prolabée pendant plusieurs jours, et ne remontait que par position couchée ou par le port d'un pessaire.

4 mois après l'accouchement, l'utérus est de nouveau descendu à la vulve. Pas de douleurs, pas d'hémorragies, pas de leucorrhée. Depuis lors, le prolapsus se reproduit et se réduit alternativement par le repos ou par le port de pessaires. Les deux accouchements ont été normaux ; enfants petits.

Examen. — A l'inspection, rien ; le toucher fait sentir le col à la partie inférieure du vagin, l'utérus en rétroflexion dans le cul-de-sac postérieur. Il existe une déchirure du périnée.

Opération (le 15 janvier). — Hystéropexie abdominale

par le procédé Doléris-Richelot. L'utérus est en rétroflexion très accentuée, mais il est mobile et peut être facilement ramené en avant et fixé sans difficulté. Les annexes sont saines et sont laissées.

Le 15 février, le périnée a été suturé après anesthésie par stovaïne lombaire.

La malade sort parfaitement guérie.

Observation IX

V..., 31 ans, entrée à l'hôpital le 8 février 1908, pour douleurs abdominales. A fait, au mois de juillet 1907, un séjour d'un mois dans le service ; l'opération n'est pas tentée à cause de la diminution de l'urée (4 gr.). Actuellement, se plaint de coliques gastro-intestinales avec constipation, et d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, le siège, les reins.

Antécédents. — Réglée à 12 ans et demi, bien réglée, règles abondantes, 4 à 5 jours ; souffrait au moment des règles. Mariée à 23 ans ; après 13 mois de mariage, un enfant. Grossesse normale, mais accouchement pénible, enfant gros ; il se produit une déchirure.

En novembre 1906, les règles manquent pendant 1 mois et demi, puis métrorrhagies, douleurs (contractions), caillots. Une sage-femme appelée diagnostique une fausse couche.

Depuis quelque temps, pertes blanches succèdant aux règles. (Urines 16 gr. 6 par litre d'urée).

Antécédents pathologiques. — Ictère à 19 ans, plutôt bénin. Après son accouchement, coliques hépatiques qui depuis ont récidivé à plusieurs reprises.

Examen. — Paroi d'assez bonne musculature, vergetures. Utérus gros ; le fond est à 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse, déjeté à gauche. Il y a tendance au prolapsus ; mauvais périnée, pas de lésions annexielles. Hystérométrie, 7 cm. 1/2.

Opération (le 18 février). — Laparotomie. L'ovaire droit est petit, scléreux, avec quelques kystes ; il est extirpé. La trompe droite saine est laissée ; l'ovaire gauche est doublé de volume ; il contient un kyste hématique de la grosseur d'un pois, il est réséqué. Suture de l'ovaire par un surjet de catgut, et ignipuncture de plusieurs petits kystes folliculaires. Hystéropexie abdominale par le procédé Doléris-Richelot avec deux fils de catgut. Suture de la paroi en trois places, sans drainage.

La malade sort parfaitement guérie. Plus aucune douleur.

Observation X

D..., 30 ans. Mobilité excessive de l'utérus.

Entre à l'hôpital pour douleurs abdominales.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, bien réglée ; mais de la dysménorrhée utérine. Mariée à 17 ans, toujours bien réglée (5 jours), mais règles abondantes et dysménorrhée, pas de pertes blanches. 2 enfants : grossesses et accouchements normaux ; suites bonnes du premier ; mais au second, l'involution se fait mal ; la malade dit qu'elle aurait eu comme un prolapsus utérin il y a 10 ans. Il y a 5 ans, elle a fait une fausse couche de 2 mois. Depuis elle a souffert du ventre, a eu des pertes blanches, douleur à la miction. Bonne santé générale. Constipation.

Examen. — Le périnée est en bon état, l'utérus en posi-

tion normale. Dans les culs-de-sac, le toucher provoque de la douleur, surtout à droite, mais on ne sent pas de masse bien nette.

Opération (le 16 mai 1908). — Laparotomie. La malade est très grasse, énorme couche graisseuse sous-péritonéale. Paroi anormalement vasculaire. Utérus gros en position normale. A gauche, la trompe est saine, et l'ovaire sclérokystique est ignipuncturé. A droite, la trompe est un peu augmentée de volume, les franges sont épaissies ; il y a des petits kystes multiples sous-péritonéaux, disséminés à la surface des franges et de la trompe ; l'ovaire, du même côté, est augmenté de volume, de la grosseur d'une amande sclérokystique et porte un kyste hématique d'un corps jaune, saillant à la surface, et qui se rompt pendant les manœuvres.

Ablation des annexes droites, et fixation de l'utérus par le procédé Doléris-Richelot.

La malade sort guérie.

Observation XI

A. L., 33 ans, entre pour douleurs épigastriques et douleurs dans le bas-ventre.

6 enfants, dont 4 morts. Accouchements réguliers, très rapides, sans douleurs. Réglée à 14 ans. Avant le mariage, règles irrégulières et peu abondantes. Constipation opiniâtre.

Depuis un an et demi, elle se plaint d'attaques de nerfs et de douleurs au côté gauche. Depuis le 12 novembre 1906, date du dernier accouchement, les règles, revenant 4 mois après, ont continué régulières, un peu abondantes (5 à 6 jours) jusqu'au 5 février 1908, où pour la première

fois il y a un retard de six jours. La malade, à ce moment, éprouve des crampes d'estomac et a des nausées. Elle souffre beaucoup du côté gauche ; durant la période de ces crises douloureuses, elle urine plus de 20 fois par jour ; la constipation est opiniâtre, et il y a du ténesme rectal.

A son arrivée à l'hôpital, le 12 mai 1908, la malade est dans un état de faiblesse organique qui nécessite la suralimentation et des injections de cacodylate.

Le toucher révèle une rétroflexion utérine très marquée, et une tumeur à gauche, douloureuse, siégeant au niveau d'une ligne allant d'une épine iliaque antérieure à l'autre, et qui fait poser le diagnostic de salpingo-ovarite.

Le 25 mai on constate la disparition de cette tumeur.

Opération. — Laparotomie. L'utérus est en rétroflexion, les annexes gauches sclérokystiques, avec des adhérences légères ; la trompe, volumineuse et très congestionnée, présente de petits kystes. On en fait l'ablation. A droite, un kyste se rompt pendant les manœuvres. Résection. Sutures.

L'hystéropexie est pratiquée selon le procédé Doléris-Richelot.

CONCLUSIONS

I. Il est des utérus qu'il faut redresser par un traitement chirurgical.

II. Le problème à résoudre est le suivant : fixer solidement et définitivement l'utérus à la paroi abdominale, en lui laissant la possibilité de se dilater pendant la grossesse.

III. Le procédé Doléris-Richelot restitue à l'utérus — et cela d'une façon solide, complète et définitive — sa statique normale, sans le gêner dans l'accomplissement de ses fonctions.

IV. Le premier temps de l'opération : la laparotomie, nous permet de compléter parfois notre diagnostic et d'agir directement sur les annexes.

V. La fécondation est possible ; la gestation normale ; les bonnes présentations sont favorisées, l'accouchement a lieu à terme, après un travail ordinaire.

VI. La ligamentopexie a une grande importance sociale ; elle permet la fécondation des femmes stériles jusque-là.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDROFF (S. A.). — Rétroflexion-opération (*Centralbl. f. Gyn.*, 1903, page 762).

BARSE (R.). — Des opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et leurs résultats. (Thèse Montpellier, 1905).

BAUDOUIN (M.). — Hystéropexie abdominale antérieure et opération sus-pubienne dans les rétrodéviations de l'utérus. (Thèse Paris, 1889).

BECH (C.). — Eine neue Methode der retropexia (*Centralbl. f. gyn.*, 1897, tome XXIV, page 881).

BLAN (P.). — De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale antérieure. (Thèse Paris, 1897).

BRODHEAD. — Rupture utérine au cours d'un accouchement chez une femme hystéropexiée. (N. Y. obst. Society, 1901).

CLERC (M.). — Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. (Thèse Paris, 1900).

CONDAMIN. — De l'hystéropexie abdominale antérieure, dans le traitement de l'antéflexion utérine. (*Lyon Médical*, novembre 1896.) — *Archives provinciales de chirurgie*, 1896, page 253.

Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895. — Communications Tédenat, Derret, Doléris, Jeannel, Bouilly, Demons, Laroyenne, Reynier.

Congrès International de Gyn. et d'Obst. de Genève, 1896. — Trait. opératoire des rétrodéviations de l'utérus. (Voir *Ann. de Gynécologie et d'Obst.*, 1896, p. 314.

Congrès national périodique de Gyn., d'Obst. et de Paed. de Rouen. — Communications Lejars, Lefort, Doléris, Guillemet, Richelot.

Congrès de Gyn. et d'Obst. de Lisbonne, 1906.

Delagienière. — Hystéropexie ou suspension de l'utérus à la paroi abdominale. (Thèse Paris, 1896.)

Delbet. — Hystéropexie isthmique. (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale,* 10 février 1908).

Demelin. — Obstétrique (sept. 1897).

Dickinson. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie. (N. Y. obst. Society, 1901.)

Doléris. — Raccourcissement des ligaments ronds. (Soc. Obst. et de Gyn. de Paris, 11 avril 1889.)

— *Gazette des Hôpitaux,* 1889, p. 70.

— Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (S. obst., Paris, 1898). — *La Gynécologie,* 1898, p. 494. — *La Gynécologie,* 1902. — *Bulletin Médical,* 1902.

— De l'hystéropexie physiologique ou ligamentaire (*Gyn.* 1904).

— Rétroversion de l'utérus. Raccourcis. des ligaments ronds (Gyn., Tome II, 1908).

Dudley (A. P.). — Acad. de Méd. de N. Y., 26 déc. 1889.

Farne (J. L.). — La Gynécologie, 1903, p. 101.

Ferry. — Valeur comparée de l'hystéropexie abd. directe et de l'hystéropexie médiate intra-abd. (Thèse Paris, 1906).

FIGUIERA. — Trait. de la rétrov. de l'utérus à l'état de vacuité et pend. la grossesse. (Thèse Paris, 1903). — *La Gynécologie,* 1903, p. 217.

FUMEY (P.). — Du trait. des rétrod. Racc. intra-abd. des ligaments ronds. (Procédé de Doléris, thèse Paris, 1900).

FUSTER. — De la cœlotomie vaginale. (Thèse de Montpellier, 1898).

GOUIN. — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical. (Thèse Paris, 1904).

HIVET. — Trait. rétrod. par racc. des ligam. ronds, voie sus-pubienne. (Thèse Paris, 1901).

JACOBS. — Des hystéropexies : leur influence sur la gravidité. (*Bull. soc. belge de Gyn. et d'Obst.,* 1904, p. 47).

JANNESCO. — Trait. opératoire des rétrodéviations (*Ann. de Gyn. et d'Obst.,* 1897, page 465).

KŒBERLÉ (E.). — Gastrotomie dans un cas de rétroversion de la matrice. (*Gaz. de Méd.,* 1er mars 1877).
— Soc. Chirurgie, Paris 1877, page 64.

KUSTNER. — Rapport au Congrès de Genève, 1896.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gyn. médico-chirurgicale.

LANDRON. — Sur le traitement des rétrodéviations utérin. par le racc. des ligaments ronds. (Procédé de Wylie. (Thèse Paris, 1900).

LE DENTU. — De la rétroversion utérine. (Clinique de l'Hôtel-Dieu). — *Presse Médicale,* 21 février 1906.

LEJARS. — Congrès Rouen, 1904.

LUCIEN. — Influence de l'hystéropexie dans les grossesses ultérieures. (Thèse Nancy, 1896).

MAURIQUE. — Etude sur l'opération d'Alexander. (Thèse Paris, 1886).

Morill (J.-L.). — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie. (N. Y. Obst. Society, 1907).

Oui. — Hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. (Congrès Rouen, 1904).

Pichevin (R.). — A propos de la rétrodéviation. (*Sem. Gyn.*, 23 janv. 1900).

— A propos de l'hystéropexie abd. (*Sem. Gyn.*, 1903, p. 329).

— De la déviation utérine comme entité morbide. (*Sem. Gyn.*, 1900).

Picqué. — De la ventro-fixation ou hystéropexie. Opération d'Olshausen (Société Chirurgie, Paris, oct. 1888).

— *Bull. Gynécologie,* 15 janvier 1889.

Pinard. — Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. (Communication à la Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie, Paris, 31 mars 1899).

Piras — L'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité. (Thèse Paris, 1896).

Pozzi. — Hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus. (*Gyn. méd.,* Paris, 1888).

— Congrès Gynécologie et d'Obst., Genève, 1896.

— Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie, Paris, 6 avril 1900.

— Traité Gynécologie (page 277).

Richelot. — Sur le traitement de la rétroversion utérine. Raccourcis. des ligaments ronds, par inclusion pariétale. Congrès de Rouen, avril 1904 (p. 125).

Richelot. — Il faut redresser les rétroversions. (*La Gyn.*, octobre 1905). Congrès Chirurgie, Paris 1905.

— *La Gynécologie*, Tome V, 1900.

— Des rapports de l'hystéropexie avec la grossesse et l'accouchement. (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, séance du 12 janvier 1900).

Roncaglia. — Sur la valeur de l'opération d'Alexander dans la rétroversion utérine mobile. (*La Clinica Chirurgica*, 1899).

Sœnger. — Zur ventrofixation in retroflekt. uterus. (*Centr. f. Gyn.* 1885).

Simoès. — Des retrodéviations mobiles. (Thèse Paris, 1897).

Servettaz Louis. — Trait. de la rétroversion de l'utérus mobile non gravide. (Th. Montpellier, 1907)

Sippel (Alb.) (Frankfurt a M.). — De la ventrofixation utétérine (*Centr. fur Gyn.*, 1889).

Société d'Obst., de Gyn. et de péd. de Paris, 1889-1907. — Communications Pinard, Segond, Bouilly, Richelot, Legueu, Schwartz, Haartmann, Doléris, Pozzi.

Spinelli. — Procédé d'hystéropexie médiate pour la cure de la rétroversion utérine. (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1900, t. LIV, p. 353).

Stankiewicz (de Lotz, Pologne). — Du traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement péritonéal des ligaments ronds. (XIII[e] Congrès International des Sciences Médicales).

Tod (Gilliam). — Ventrosuspension de l'utérus par lig. rond (*Amer. Journ. of obstr.*, mai 1900).

Trieux. — Contribution à l'étude de l'hystéropexie (thèse de Montpellier, 1900).

Traité de chirurgie de Duplay et Reclus (t. VIII, p. 229).

Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet (t. X, p. 335).

VILLARD. — Traité de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds (*Rev. pratique d'obst. et de gyn., Paris*, 1904, p. 45).

VINEBURG. — Suture des ligaments ronds à la cloison vaginale pour les rétroversions et les flexions de l'utérus. (Ann. Gyn. Soc. Washington, 1er mai 1900. In *Annals of Gyn. and Ped.*, mai 1900.

WILLIAM (E. Parke). — Déviations utérines et leur traitement.

VILLENEUVE. — Hystéropexie et puerpéralité (thèse Toulouse, 1899).

VINOT. — De la douleur dans les rétrodéviations utérines (Thèse Paris, 3 novembre 1898).

WYLIE. — Surgical Treatment of retroversion of the uterus. With adhesions, with a new method of shortening the round ligaments (*Ann. of. obst.*, 1889).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 juillet 1908.
Le Recteur.
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 juillet 1908.
Le Doyen.
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
